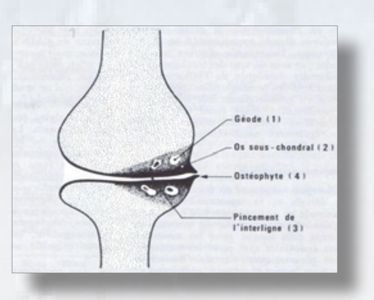
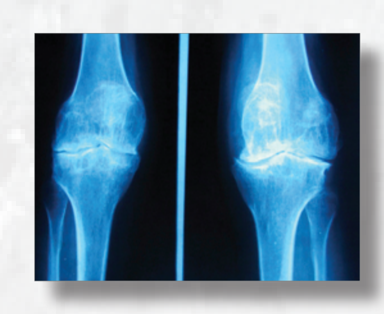
NOTIONS DE BASE








• **Pr Elisabeth SOLAU-GERVAIS**
  - *Université Poitiers*
  - *Rhumatologie, CHU La Miletrie, Poitiers*

• **Pr Bruno FAUTREL**
  - *Université Pierre et Marie Curie – Paris 6*
  - *Rhumatologie, GH Pitié-salpêtrière, Paris*

SOMMAIRE

I - Objectifs généraux

- **Savoir conduire l'entretien et l'examen physique** d'une personne consultant pour un symptôme touchant l'appareil locomoteur.

- **Savoir examiner** les différents segments de l'appareil locomoteur.

- **Savoir regrouper les symptômes** rhumatologiques en syndromes rhumatologiques.

- **Savoir prescrire et lire une radiographie standard** de l'appareil locomoteur.

II.1 - Interrogatoire

• **Les 2 symptômes amenant le plus fréquemment à consulter en rhumatologie sont :**

- une douleur,

- une gêne fonctionnelle c'est-à-dire une impossibilité de réaliser un geste ou une activité habituels.

• **L'interrogatoire vise à :**

- répondre à 3 questions : Où ? Quand ? Comment ?

- rechercher des éléments contextuels importants :

• antécédents personnels ou familiaux,

• habitudes de vie (personnelles ou professionnelles).

II.1.1 – Les 3 questions : le « Où » ?

• **Faire préciser le siège exact de la douleur en demandant au malade de montrer avec son index le point initial de la douleur et faire préciser les irradiations.**

II.1.2 – Les 3 questions : le « Quand » ?

II.1.2.1 - *Quand la douleur ou la gêne ont commencé ?*

- Moins de 3 mois = douleur aiguë.

- Plus de 3 mois = douleur chronique.

II.1.2.2 - *Quand la douleur ou la gêne surviennent-elles dans la journée ?*

- Horaire mécanique :
  - un dérouillage matinal inférieur à 15 minutes,
  - apparaissant au cours de l'effort et calmée par le repos,
  - sans réveils nocturnes en dehors des changements de position.

- Horaire inflammatoire :
  - dérouillage matinal à chiffrer (minutes ou heures),
  - une atténuation voire une disparition dans la journée et réapparition à l'effort,
  - réveils nocturnes notamment en deuxième partie de nuit.

II.1.3 – Les 3 questions : le « Comment » ?

II.1.3.1 - *Comment évolue la douleur ou la gêne depuis son apparition ?*

- Stable permanente ou par poussées entrecoupées de période d'accalmie.
- Aggravation progressive.
- Situations, gestes ou positions majorant les symptômes.
- Situations, gestes ou positions soulageant les symptômes.

II.1.3.2 - *Comment est la douleur ou la gêne ?*

- Type
  - Crampes, lourdeurs, élancement, décharge, fourmillement, pesanteur…
- Intensité
  - La quantifier par une ENA (l'échelle numérique analogique de 0 à 10) ou par l'échelle visuelle analogique (EVA) en millimètre sur une échelle allant de 0 à 10 cm avec à 0 : absence de douleur et 10 cm : la douleur maximale imaginable.
- Retentissement fonctionnel
  - Conséquences sur les activités de la vie quotidienne et/ou socio-professionnels (arrêt de travail). Il existe différents indices fonctionnels en fonction de la pathologie présentée.

II.2 - Examen physique

II.2.1 – Inspection

• Le patient est déshabillé, toisé et pesé. On examine la marche, le squelette axial, les articulations périphériques et les enthèses puis on réalise un examen somatique complet.

• L'examen de l'articulation pathologique doit être comparatif avec l'articulation symétrique présumée saine.

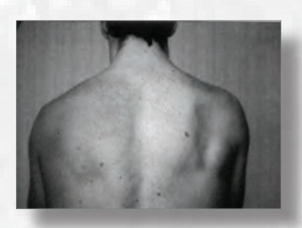
- L'inspection recherche :

• un trouble de l'axe du membre (patient debout),
• un trouble de la marche,
• un gonflement ou une coloration anormale.

- Elle apprécie :

• la coloration des téguments, l'existence d'un œdème, d'une rougeur,
• la morphologie globale de l'articulation : normale, déformée, attitude vicieuse (flessum).


Attitude antalgique


Amyotrophie


Asymétrie et gonflement


Gonflements


Gonflement et rougeur



Déformations

II.2.2 – Palpation

• **Elle recherche :**

- des points douloureux en regard des repères anatomiques,

- une modification de la chaleur locale (en utilisant le dos de la main),

- l'existence d'une synovite par comblement des « creux anatomiques »,

- la distension de l'articulation par un épanchement intra-articulaire.

II.2.3 – Mobilisation

• **Elle doit se faire avec douceur, car elle est souvent douloureuse.**

• **Commencer toujours par les articulations présumées saines et examiner en dernier l'articulation la plus douloureuse.**

• **Dans la mesure du possible, elle doit comporter des mesures d'angle de mobilité, appréciée avec un goniomètre. Elle est réalisée en mobilisant les deux segments de membre, l'un par rapport à l'autre, dans toutes les directions physiologique.**

• **On note :**

- l'existence de douleurs à la mobilisation articulaire,qla limitation par la douleur ou par l'ankylose,

- l'existence d'une limitation de la mobilité c'est-à-dire d'une diminution des amplitudes articulaires normales.

• **La mobilisation s'effectue selon plusieurs modalités :**

- ***mobilité passive*** *: l'examinateur exerce le mouvement,*

- ***mobilité active*** *: l'examinateur demande au patient de réaliser le mouvement,*

- ***mobilité contrariée*** *: l'examinateur demande au patient de réaliser le mouvement et exerce une force contraire.*

	Mobilité passive	Mobilité active	Mobilité contrariée
Ankylose ou capsulite	↘	↘	↘ + douleur
Pathologie articulaire	N ou ↘	N ou ↘	
Pathologie tendineuse	N	↘ par la douleur	Douleur
Rupture tendineuse	N	↘	Douleur
Laxité	↗	N ou ↗	N

II.3 - Le reste de l'examen clinique

• **Autres articulations, rachis, examen musculaire et neurologique, examen général.**

• **Permet :**

- d'établir l'état des muscles, des artères et des veines à proximité de l'articulation atteinte,

- de savoir si l'atteinte est mono, oligo ou poly-articulaire,

- de rechercher une maladie générale en lien avec l'atteinte articulaire : l'examen général est indispensable (cardiopulmonaire, cutanéomuqueux, ganglionnaires, neurologiques…).

II.4 - Focus sur la douleur

• **Symptôme fréquent.**

- 70 à 85 % des motifs de consultation en rhumatologie.

II.4.1 – Douleurs selon la durée

• **Douleur aiguë : < 3 mois.**

- Parfois douleur subaiguë : 6 sem < … < 3 mois.

• **Douleur chronique : > 3 mois.**

II.4.2 – Douleurs selon le mécanisme

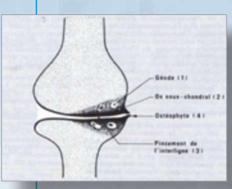
	Douleur nociceptive	Douleur neuropathique
Origine	Nocicepteur = récepteur à la douleur	Dysfonction SNC ou SNP
Début	Dès l'agression	Souvent retardée
Caractéristiques	Variables Pulsatiles Lancinantes	Brûlure Décharges électriques Démangeaisons, picotements
Signes associés	Aucun ou anxiété	Troubles du sommeil, somnolence Fatigue, problème de concentration Anxiété, dépression Perte d'appétit
Topographie	Loco-régionale Site de l'agression	Systématisation neurologique
Rythmicité	Facteur déclenchant Horaire mécanique ou inflammatoire	Variables Spontanées ou déclenchées
Examen neurologique	Normal	Troubles sensitifs : hypo / hyperalgésie, dysesthésies, allodynies
Evolution	Aiguë ou chronique	Chronique
Traitement	Antalgiques	Coantalgiques neurotropes Prise en charge combinée (bio-psycho-sociale)

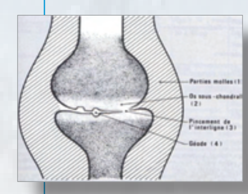
II.4.3 – Douleurs selon l'horaire

Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Le jour	La nuit Notion de réveil nocturne
Soir > matin	Matin au réveil > soir Notion de dérouillage matinal
À l'activité Soulagement par le repos	Au repos Amélioration à l'activité ou au réchauffement
Caractère positionnel	Non positionnelle

III.1 – Distinction entre deux grands types de pathologie

Mécanique	Inflammatoire
Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Examen local normal ou épanchement	Signes locaux d'inflammation : rougeur, chaleur, tuméfaction
Signes généraux = 0	Signes généraux : fièvre (à rechercher)
Biologie normale	Syndrome inflammatoire biologique
Liquide mécanique	Liquide inflammatoire


Syndrome mécanique


Syndrome inflammatoire

III.2 – Synthèse

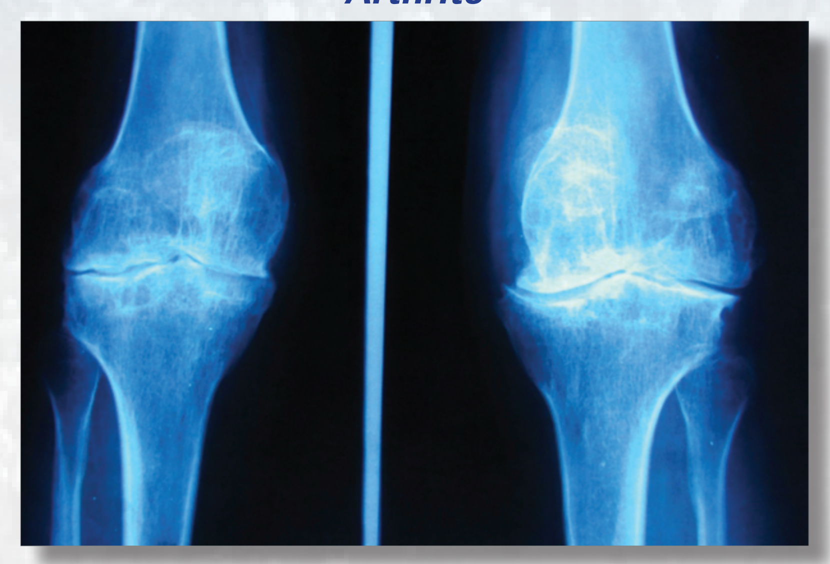
- **Évocation d'un diagnostic.**
  - Syndrome mécanique : arthrose.
  - Syndrome inflammatoire : arthrite.

Syndrome mécanique
Arthrose



Gonarthrose fémorotibiale interne (médiale)

Syndrome inflammatoire
Arthrite



Genoux de Polyarthrite rhumatoïde